1891
Lane Medical Library

Über Kastration bei Verkümmerung der Müller'schen Gänge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Dienstag, den 8. December 1891 Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Adalbert Vetter

aus **Jützenbach.**

Referent: Herr Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Kaltenbach.**

Opponenten:

Herr Dr. med. **F. Meier-Sonntag.**

Herr cand. med. **J. Scherf.**

Halle a. S.

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1891.

Imprimatur

Kaltenbach

h. t. Decanus.

Seiner Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0098

Nachdem die Kastration, der geniale Gedanke Hegars, überall Anerkennung gewonnen und die Zahl der Operationen dieser Art eine beträchtliche Höhe erreicht hat, entbrennt ein Streit über den Begriff der Kastration überhaupt. Man greift den Namen, wie er von Hegar gebraucht wurde, an, man will die Grenze zwischen Kastration und Ovariotomie anders gezogen wissen, als man bisher angenommen hatte. Mehrere Autoren, unter ihnen besonders Martin*), Schröder, Ruge halten es für besser, die Exstirpation der kranken Ovarien, mögen sie cystisch oder maligne, zu grossen oder kleinen Geschwülsten entartet sein, oder durch acute oder chronische Endzündungsprocesse verändert sein, als der Ovariotomie zugehörig aus dem Kapitel der Kastration zu streichen. Sie wollen mit Kastration nur diejenige Art der Entfernung gesunder Ovarien bezeichnet wissen, welche die Beseitigung der Ovulation und Menstruation — den anticipierten Klimax — bezweckt, um die damit verbundenen Umbildungen im Körper der Trägerin zu erzielen.

Diese Ansicht taucht auf zu einer Zeit, wo die Begriffe der Kastration und Ovariotomie — nach Hegar's und Battey's Vorschlag — in der medizinischen Schriftsprache sich eingebürgert und eingelebt haben. Das mag nun nicht wesentlich sein, gewiss, aber es ist ein Factor, mit dem wir auf dem grossen Gebiete der medizinischen Wissen-

*) Martin, Kastrat. d. Frauen. Eulenburgs Realencyclopädie.

schaft öfter zu rechnen haben. Wollen wir aber trotzdem, was historisch feststand, umstossen, so müssen wir etwas Vollkommenes, sicher etwas Besseres an dessen Stelle zu setzen imstande sein. Wie steht es nun mit der Theorie Martins? Dem Princip der Einteilung an und für sich werden wir unsere Zustimmung nicht versagen können, leider aber trifft es auch nicht den Nagel auf den Kopf. Es werden uns Fälle begegnen, bei denen wir im Zweifel sein werden, ob wir durch Herbeiführen des vorzeitigen Klimacterium oder durch Entfernung der krankhaften Ovarien Heilung erzielt haben. Ja, es liegt die Möglichkeit nahe, dass sowohl vor der Operation, als auch bei Besichtigung des Präparates die Meinungen aus einander gehen, ob die Ovarien normal oder erkrankt sind.*).

Es ist so wieder der persönlichen Ansicht ein weiter Spielraum gelassen, den einzelnen Fall in das Gebiet der Kastration oder in das der Ovariotomie zu weisen. Ferner ist nicht zu leugnen, dass auch bei erkrankten Eierstöcken von einer Heilung durch den anticipierten Klimax sehr wohl die Rede sein kann, wie wir dies bei Myomen so häufig beobachten können. Wir kämen aus dem Regen in die Traufe. Auch Schröder's Vorschlag, als Zwischenglied einen dritten Begriff die „Oophorectomie", einzuschalten, würde hieran nichts bessern. Und so sehen wir keinen zwingenden Grund, die alten Begriffe, welche verstanden wurden und zu keinem Missverständnisse Veranlassung gaben, über Bord zu werfen.

Wir wollten mit dieser Auseinandersetzung begründen, dass wir das umfangreiche Gebiet der Kastration keineswegs verkleinern wollen und bei der vorliegenden Arbeit unter Kastration — nach einer Definition in der operativen Gynäkologie von Hegar und Kaltenbach — die Entfernung gesunder oder degenerierter, jedoch nicht zu umfänglichen Geschwülsten entarteter Eierstöcke verstanden wissen wollen.

In seiner grundlegenden Arbeit „Die Kastration der Frauen" fasste Hegar die Resultate, welche er auf Grund

*) Hegar, Zur Begriffsbestimmung der Kastr. Centralblatt für Gynäkologie.

der eingehendsten Untersuchungen gewonnen hatte, zusammen und gab uns in diesem Werke einen Leitfaden für das Gebiet der Kastration in die Hand, welchen wir bei unseren weiteren Untersuchungen oft zu benutzen haben.

Das Gebiet, auf welches sich die Kastration auszudehnen hat, finden wir scharf gekennzeichnet und begrenzt durch die allgemeine Indikation, welche Hegar aufstellte, und welche wegen ihrer Präcision als klassische bezeichnet wurde:

„Die Exstirpation der Ovarien ist indiciert bei unmittelbar lebensgefährlichen, oder in kurzer Frist zum Tode führenden, oder ein langdauerndes, fortschreitendes, qualvolles, jeden Lebensgenuss und jede Beschäftigung hinderndes Siechtum herbeiführenden Anomalieen und Erkrankungen, welche keinem andern Heilverfahren weichen, während sie durch Wegfall der Keimdrüsen beseitigt werden können".

Das ist ein weites, ergiebiges Feld, für welches zur Orientierung und zum weiteren Ausbau sechs Wege angegeben wurden. Die Kastration ist im einzelnen indiciert:

1. Bei Ovarialhernien mit Einklemmungserscheinungen und Entzündungen.

2. Bei Intumescenz der Ovarien mit Irritationserscheinungen, vermehrter Schmerzhaftigkeit gegen Druck bei normaler Lage oder Dislokation in den Douglas, chronischer Oophoritis und Perioophoritis, beginnender Cystendegeneration.

3. Bei Zuständen des Uterus, sowohl angeborenen wie erworbenen, welche das Zustandekommen der menstruellen Ausscheidungen unmöglich machen oder äusserst erschweren, während die Eierstöcke vorhanden sind und functionieren.

4. Bei Atresie des Uterus oder der Scheide mit Zurückhaltung des Menstrualblutes bei Unmöglichkeit, die natürlichen Wege zu öffnen oder einen andern Ausweg zu schaffen.

5. Chronische Entzündungsprocesse der Tuben, des Beckenbauchfells und Parametrium.

6. Erkrankungen des Uterus, Fibromyome, Bindegewebshyperplasieen, Lageveränderungen des Uterus.

Es sei noch erwähnt, dass später von Tauffer und Fehling als siebente und achte Indication Geistes- und Nervenkrankheiten aufgestellt wurden, welche mit der Sexualfunction zusammenhängen, und endlich in neuester Zeit die Osteomalacie.

In der vorliegenden Abhandlung interessiert uns zunächst nur die dritte Indication. Die Zahl der in diese Kategorieen fallenden Kastrationen ist noch eine sehr geringe, und wir dürfen deshalb wohl des Interesses der Leser für eine Veröffentlichung auf diesem Gebiete versichert sein.

„Der Zufall wollte es," so schrieb Kleinwächter (in seiner Abhandlung über die Kastration wegen functionierender Ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müller'schen Gänge, Archiv für Gynäkologie, XVII) „dass die beiden, welche unabhängig von einander den Gedanken der Kastration des Weibes gefasst und ausgeführt, bisher nicht Gelegenheit hatten, die Ovarien bei rudimentär entwickelten Uterus und fehlender Scheide zu entfernen, trotzdem sie die ausgebildeten und functionierenden Ovarien bei Defect und rudimentärer Bildung des Uterus als eine der Hauptindikationen zur Vornahme der Kastration aufstellten". Die Aufstellung dieser Indikationen von seiten Hegar's beruhte doch ganz auf theoretischer Grundlage, „aber die theoretische Grundlage war so sicher", meint Tauffer*), „dass ein Nichtunternehmen dieser Operation nur aus dem Widerwillen gegen dieselbe erklärlich wäre". Wir werden uns bei unserer Arbeit zunächst die theoretische Grundlage vergegenwärtigen, ehe wir genauer darauf eingehen, wie sich dieselbe in der Praxis bewährt hat.

In der allgemeinen Indikation Hegar's sind die beiden Gruppen durch das Wort „Anomalieen" vertreten. Derartige Missbildungen galten in früherer Zeit als Kuriositäten,

*) Tauffer, Die Kastration der Frauen, Budapest, 1878.

als wunderliche Spiele des Zufalls, sie waren unerklärliche, monströse Erscheinungen, welche nur mit einem Kopfschütteln oder Lächeln oder auch wohl mit einer skrupulösen Schilderung bedacht wurden*). Mit der Erkenntnis der Entwicklungsgeschichte des weiblichen Sexualapparates wurde auch das Studium der Anomalieen in neue Bahnen gelenkt und ein gut Stück gefördert. Man stand denselben nicht mehr staunend gegenüber, man betrachtete vielmehr auf dem Hintergrunde des normalen Gebildes die Missbildung nicht mehr als die Entwicklung einer naturwidrigen Erscheinung, sondern als eine Unterbrechung des naturgemässen Vorganges. Die die Norm verursachenden Momente blieben zwar dunkel, aber man wusste nun, dass der Entwicklungsprocess auf einer Übergangsstufe von einem Typus zum andern zum partiellen oder totalen Stillstand gebracht werden könne, ja, man lernte einige in dem normalen Entwicklungsgange wichtige Punkte als Anhaltspunkte der Zeit, in der für den einzelnen Fall die Ursache gewirkt haben muss, hervorzuheben.

Hegar's dritte Indikation umfasst nun diejenigen Missbildungen der Gebärmutter, welche die Ausscheidung der Menses verhindern oder äusserst erschweren, und das wird stets der Fall sein müssen — immer vorausgesetzt, dass die Ovarien normal sind und functionieren, — wenn der Uterus überhaupt gar nicht vorhanden oder nur sehr kümmerlich ausgebildet ist.

Die Ursachen einer solchen Hemmungsbildung können in verschiedenen Phasen der Entwicklung gewirkt haben. Zunächst in den ersten acht Wochen des Fötallebens und zwar einwirkend in der Längsrichtung: es kommt zum Uterusdefect oder zu den verschiedenen Stufen rudimentärer Entwicklung. Ebenso kann ein Stillstand in der zweiten Hälfte des Fruchtlebens oder im Kindesalter eintreten: wir

*) Fürst, Bildungshemmungen. Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. XXX.

haben es dann zu thun mit einem Uterus fötalis oder infantilis, bei welchen Formen die Sekretion ebenfalls verhindert ist.

Die Besitzerin solcher Missbildungen zeigt meist vollständig weiblichen Character. Ihr Körper ist weiblich, die Brüste und äusseren Genitalien sind völlig normal, das Becken kann von normaler Weite sein, Physiognomie und Stimme weiblich. Ferner wurde beobachtet, dass die Harnröhre bei diesem Bildungsfehler gewöhnlich sehr weit zu sein pflege. Dies kann wohl durch Cohabitationsversuche bedingt sein; doch scheint es in vielen Fällen auch unabhängig davon zu sein, und Schröder meint, dass vielleicht der Teil der Allantois, welcher sich für gewöhnlich zur Harnröhre verenge, abnorm weit bleibt, wenn eben die Entwicklung der Scheide ausbleibt.

In das Gebiet dieser Indication gehört aber noch eine Kategorie von Fällen, welche mit der vierten Gruppe wesentliche Punkte gemein haben. Es handelt sich um Atresieen oder unvollkommene Verschlüsse des Uterus und der Scheide, sowohl angeborene als auch durch pathologische Zustände acquirierte, auf deren Entstehungsursache hier näher einzugehen nicht der Ort ist. Hier kommt es nur darauf an, ihre Zugehörigkeit zu dieser Gruppe zu begründen. Der verschiedene Grad der Anomalie oder Erkrankung wird die verschiedensten Folgezustände hervorrufen. Eine Atresie der Scheide und selbst des Cervikalkanales verhindert nicht die Absonderung des Menstrualblutes im Uteruskörper, sie wird nur die Excretion aus dem Uterus unmöglich machen oder äusserst erschweren und so zu heftigen Uterinkoliken, bei vollständigem Verschluss zu Retentionsgeschwülsten Anlass geben. „Man findet nun aber auch Beschreibungen von Atresieen und unvollkommenen Verschlüssen, besonders acquirierter Art, in welchen es nicht zu Blutansammlungen kommt, während die Eierstöcke functionieren*)“. In diesen Fällen ist die pathologische

*) Hegar-Kaltenbach, Operative Gynäkologie.

Veränderung eine zu ausgedehnte, die Struktur des Uterus ist so verändert, dass die katameniale Blutung überhaupt nicht stattfindet, also zu den Erscheinungen führt, welche die dritte Indikation aufzustellen veranlasst haben. Diese Fälle rangieren darum auch mit dieser Gruppe, da die Atresie an sich gar keine Rolle spielt.

Soviel über die anatomischen Verhältnisse der hierher gehörigen Zustände.

Weiter heisst es in der allgemeinen Indikation, dass nur die Anomalieen oder Erkrankungen zur Exstirpation der Ovarien zwingen, welche unmittelbar lebensgefährlich sind oder in kurzer Zeit zum Tode führen oder ein langdauerndes, qualvolles, fortschreitendes, jeden Lebensgenuss und jede Beschäftigung hinderndes Siechtum herbeiführen. Nun steht fest, dass bei rudimentärer Entwicklung ein vollständiger Gesundheitszustand bestehen kann, wenigstens keine Erscheinungen zu bemerken sind, welche man der Ovulation unter den gegebenen abnormen Bedingungen zuschreiben kann, ja dass nicht einmal Symptome leichterer Art wie molimina menstrualia beobachtet werden*). Deshalb können auch die betreffenden Personen alt werden. Immerhin ist es gewagt, wenn Las Casos dos Santos**) sagt: „Molimina sind in der Regel nicht vorhanden", es werden vielmehr sehr häufig durch die physiologische Thätigkeit der Keimdrüsen unter den abnormen Bedingungen die verschiedensten und und lebhaftesten Beschwerden hervorgerufen. Die Symptome sind zum Teil leichterer Art, sogenannte molimina menstrualia, ziehende Schmerzen im Kreuz und Leib, im Oberschenkel, Druck in der Beckengegend; andere Erscheinungen sind durch Congestivzustände und Hämorrhagieen in anderen Organen gebildet, so Schwindel, Kopfweh, Herzklopfen, Blutungen aus Nase und Zahnfleisch, in die Lippen, Haut, ja einzelne Autoren

*) Hegar, Kastration der Frauen.

**) Las Casos dos Santos, Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. XIV. 1887.

berichten sogar von Oedemen und Ergüssen in seröse Säcke. Nicht selten erreichen dieselben eine bedenkliche Höhe, die Schmerzen werden ungemein heftig, es gesellen sich dazu schwere nervöse Erscheinungen, Neuralgieen von der Ovarialgegend ausgehend oder an anderen Stellen, die heftigsten Kopfschmerzen, Erbrechen, Halblähmungen der unteren Extremitäten, Chorea, Hysteroepilepsie; ferner Schmerzen in den Brust- und Achseldrüsen, Tenesmus in Blase und Rectum, so dass man sich auch zu einem eingreifenden Mittel wohl verstehen kann. Man wird mit Recht im allgemeinen diese Beschwerden der unter abnormen Verhältnissen erfolgenden Ovulation zuschreiben können; doch ist in jedem Falle sorgfältig zu erwägen, ehe man sich zur Kastration entschliesst, ob nicht andere selbständige Erkrankungen oder complicierende Entwicklungsanomalieen, welche ihrerseits die Beschwerden hervorrufen oder zur Verstärkung der Erscheinungen wenigstens beitragen können, vorhanden sind. Man muss darnach trachten positive Beweise für die Genese der Symptome aus der Anomalie des Sexualsystems zu erbringen. Die Gewissheit muss vorhanden sein, dass die nervösen Erscheinungen, die epileptiformen Anfälle, die Geistesstörungen, mit der Thätigkeit der Keimdrüsen im Kausalnexus stehen, man wird überzeugt sein müssen, dass die Blutungen und die serösen Ergüsse nicht durch angeborene Herzfehler bedingt sind, wenn man nicht von einem traurigen Misserfolge überrascht werden will. Man wird damit schon viel gewonnen haben, doch suche man genau nach bestimmten Anhaltspunkten für die Annahme von functionierenden Eierstöcken. Das erste Auftreten der Erscheinungen zur Pubertätszeit, die unmittelbar von dem Eierstocke ausgehenden Schmerzen, die Druckempfindlichkeit sind besonders hervorzuheben. Hegar begnügt sich nicht damit, aus gewissen Beschwerden und Krankheitssymptomen auf die Gegenwart der Eierstöcke und die Ovulation zu schliessen; denn dies könnte, wenn es auch nicht unberechtigt sei, zu grossen Täuschungen führen, und er fordert deshalb mit aller Bestimmtheit, dass der Nachweis

eines functionsfähigen Eierstockes durch direkte physikalische Untersuchung zu liefern sei. Es sei dies bei unserer heutigen vervollkommneten Technik in fast allen Fällen möglich, und es seien darum alle die Fälle, in denen dieser Nachweis nicht erbracht worden sei, nur mit Vorsicht zu benutzen. Auf das Vorhandensein der Ovarien wird zunächst aus der characteristischen Lage und Gestalt dieser Gebilde, auf die Funktion aus der Grösse derselben zu schliessen sein; sodann zeigen alle functionierenden Ovarien eine unregelmässige, oft höckerige Oberfläche, Hervorragungen und Vertiefungen lassen sich palpieren, ja zuweilen sind entwickelte Follikel oder auch kleine Cysten als halbkuglige Vorsprünge zu fühlen. Periodisch ist bald der eine bald der andere Eierstock stärker geschwellt und diesen Schwellungen und einer verstärkten Druckempfindlichkeit entsprechen Perioden stärkerer Beschwerden. Der Beweis der Ovulation muss erbracht werden; denn nur die Integrität dieses Organes bei rudimentärer Entwicklung des Uterus indiciert bei heftigen Beschwerden die Kastration. Interessant und möglicherweise durch eine lebhaftere Ovulation unter dem stärkeren Affluxe zu den Genitalien bedingt ist die Beobachtung, dass die Ausübung der Cohabitation die Beschwerden heftig steigert*). Es darf zunächst nicht überraschen, dass wir Frauen mit derartigen Anomalieen oft verheiratet oder dem illegitimen Gechlechtsgenuss ergeben finden, da ja dieselben vollständig weiblichen Charakter haben und Geschlechtstrieb besitzen. Denn durch den wiederholten Geschlechtsgenuss wird auch bei fehlender Scheide die den äusseren Scheideneingang verschliessende Schleimhaut eingestülpt, so dass wenigstens eine teilweise Aufnahme des Penis möglich ist. Dass auch gelegentlich die Harnröhre so erweitert wird, dass die Cohabitation auf diese Weise stattfindet, ist oben schon erwähnt worden. Jedesmal beobachtet man aber in solchen Fällen, dass die Beschwerden, die bis dahin gering und leicht zu ertragen waren, jedenfalls den Lebensgenuss nicht ver-

*) Kleinwächter, Archiv für Gynäkologie. Band XVII.

bitterten, nun sehr bald eine bedenkliche Höhe erreichen und sich nun tiefgreifende Störungen des Allgemeinbefindens, hysteroepileptische Konvulsionen, und Symptome von Geistesstörungen einstellen. Dieselbe Erscheinung ist zu beobachten in den Fällen, wo eine künstliche Vagina hergestellt war, und der Coitus, da er besser möglich, häufiger ausgeführt wurde. Es ist nicht fraglich, dass durch den geschlechtlichen Reiz die molimina gesteigert und das Nervensystem gegen früher in erhöhtem Grade erregt werden.

Noch ein dritter Punkt ist in der allgemeinen Indikation Hegar's zu beachten: „Die Kastration ist berechtigt, wenn Erkrankungen vorliegen, welche keinem andern Heilverfahren weichen, während sie durch den Wegfall der Keimdrüsen beseitigt werden können". Wir werden uns nicht mit einem symptomatischen Verfahren begnügen und durch narkotische Mittel die Patientinnen für kurze Zeit von den heftigen Schmerzen befreien. Wir würden der Kranken das Leiden selbst nicht bessern, geschweige denn beseitigen. Angesichts der heftigsten Beschwerden wird Niemand im Zweifel sein, dass ein operativer Eingriff gerechtfertigt ist. Es liegt ferner auf der Hand, dass bei derartig rudimentär entwickelten Sexualsystem der Versuch eine Scheide operativ zu bilden, wie es gelegentlich durch die Ansprüche des Ehelebens sehr nahe gelegt werden kann, auf die allergrössten Schwierigkeiten stossen, ja erfolglos sein wird, ganz abgesehen davon, dass wir nicht imstande sind, die kümmerlich entwickelte Gebärmutter irgendwie zu verändern. Nur bei einem uterus foetalis oder uterus infantilis mit ausgebildeter Scheide dürfte eine spätere Weiterentwicklung nicht aus dem Bereich der Möglichkeit liegen*). Wir sind dann sicher berechtigt auf eine Besserung des Leidens zu hoffen, solange noch eine bessere allgemeine körperliche Entwicklung der Patientin zu erwarten ist. Man würde Mittel und Wege einschlagen die Konstitution zu heben; sind aber alle Mittel erschöpft, lässt jede Hoffnung

*) Hegar-Kaltenbach. Operat. Gynäkologie.

im Stich, während die Beschwerden in unerträglicher Weise zunehmen, so ist ein weiteres Zögern nicht gerechtfertigt.

„Dass diesen Frauen nicht zu helfen ist, liegt auf der Hand", sagt Martin, und er meint damit nur, dass die Missbildung nicht zur Norm umgestaltet werden kann, das anatomische Leiden selbst nicht zu bessern ist. Wohl aber haben wir ein Mittel zur Hand die Beschwerden und Symptome zu beseitigen, nämlich die Kastration. Oben erwähnten wir, dass wir zuvor versichert sein müssen, dass auch alle Erscheinungen von der Ovulation unter den abnormen Bedingungen abhängen, von der Ovulation, deren begleitender die gesammten Sexualorgane umfassender Kongestivzustand nicht durch die menstruelle Blutung entlastet wird. Wir setzen dabei voraus, dass Ovulation und Menstruation in bestimmter Wechselbeziehung stehen. Diese Thatsache ist aber grundlegend für die Theorie der Kastration in diesen Fällen. Ohne sie fiele das Problem. Bedingte die Ovulation nicht die Menstruation, so würden wir in den Fällen der rudimentären Entwicklung des Uterus mit der Exstirpation der Ovarien nicht die schweren Symptome beseitigen. Wir können an dieser Stelle nicht daraufeingehen, was uns zu dieser Annahme berechtigt, wir verweisen dafür auf unseren Leitfaden, auf die Abhandlung Hegar's. In derselben ist eingehend und scharf nachgewiesen, dass sich keine Factoren finden, welche den Umsturz der allgemein angenommenen und in jeder Weise befriedigenden Hypothese der Wechelbeziehung zwischen Ovulation und Menstruation mit Wahrscheinlichkeit nach sich zögen. Selbst durch das Experiment ist keine Thatsache gewonnen, welche diese Hypothese von dem festen Zusammenhang der Menstruation und Ovulation erschüttern könnte. Die zahlreichen Kastrationen haben in dieser Hinsicht eine eclatante Bestätigung erbracht, insofern, als in allen Fällen nach vollkommener Exstirpation der Ovarien die Menstruation ausfiel. Unter diesen Umständen erscheint es vollkommen berechtigt, einer sonst gesunden und kräftigen Frau die normal functionierenden Ovarien zu exstirpieren, da

ja die physiologische Thätigkeit der Keimdrüsen bei fehlender oder rudimentär entwickelter Gebärmutter illusorisch ist. Selbst die bekannten Folgeerscheinungen der Kastration können diese Indikation nicht wesentlich einschränken. So dürfen wir mit vollem Recht annehmen, durch Entfernung der Keimdrüsen die Patientinnen dieser Art wenigstens von einem Teile ihrer schwersten Erscheinungen zu befreien. Der Vorschlag einer Kastration wird von seiten der Patientin meist keinen Widerspruch erfahren, sobald andauernde heftige Beschwerden durch sie veranlasst wurden, und dieselbe über ihren Zustand besonders der Unmöglichkeit der Conception hinreichend aufgeklärt worden ist. Dieselbe wird die Gewissheit functionsunfähig zu sein verschmerzen, wenn sie sich von ihren schweren Leiden völlig befreit sieht.

Was das Operationsverfahren an sich anbelangt, so ist dasselbe das typische. Die Prognose wird hier sogar noch bedeutend günstiger gestellt werden können als bei Kastrationen, welche auf andere Indikationen hin unternommen wurden, da der Bauchschnitt von geringerer Länge zu sein braucht und nur so gross sein muss, dass man mit zwei Fingern in das Abdomen eingehen kann, somit im Allgemeinen die Möglichkeit der Infection sehr gering ist. Allerdings wollen zwei Punkte berücksichtigt sein, welche Hegar als strikte Bedingungen für die Operation aufstellt*). Zunächst muss der Operateur versichert sein, beide Ovarien vollständig exstirpieren zu können, er muss deshalb den Zusammenhang der Ovarien mit dem Uterus, mit den Beckenwandungen, kurz mit der ganzen Umgebung ins Minutiöseste kennen, und wenn Adhäsionen vorhanden sind, von der Beschaffenheit derselben genau orientiert sein. Ein Rest des Ovarium, auch einmal ein dritter Eierstock, für dessen Vorkommen sichere Belege vorhanden sind, können zurückgelassen den gehofften Erfolg in Frage stellen; ebenso würde man von einem Misserfolge überrascht werden, wenn man statt der einen Keim-

*) Tauffer, Kastration der Frauen.

drüse einen in der Nähe befindlichen kleinen Tumor exstirpieren würde. Die zweite Bedingung fordert die Ausschliessung jedes akuten entzündlichen Vorganges. Wenn dann nach sorgfältiger Berücksichtigung aller dieser Eventualitäten mit grösster Vorsicht bei der Operation selbst die Kastration gewagt wird, so dürten wir auf Erfolg mit grösster Wahrscheinlichkeit rechnen.

Im Folgenden versuchen wir an der Hand der hier einschlagenden Fälle den Nachweis zu erbringen, dass die Praxis der aufgestellten Theorie vollkommen entspricht. Zwar steht uns keine grosse Zahl auf solche Indikation hin unternommener Kastrationen zur Verfügung, so dass wir grosse statistische Zusammenstellungen nicht bieten können; immerhin glauben wir berechtigt zu sein, schon jetzt bemerkenswerte Schlussfolgerungen daraus ziehen zu dürfen.

Mattersdorf*) berichtet über neun hierhergehörige Fälle, welche wir unter Benutzung der Quellen kurz wiedergeben wollen. Zu dieser Serie ist es uns möglich noch eine Anzahl anderer Fälle hinzuzufügen, darunter einen Fall, der in jüngster Zeit in der hiesigen gynäkologischen Klinik operiert worden ist, und welcher mir vom Herrn Geheimrat Kaltenbach zur Veröffentlichung gütigst überlassen ist.

Die ersten 5 Fälle stellt Kleinwächter in seiner schon oben erwähnten Schrift über Kastration der Frauen zusammen.

Der erste, welcher wegen der besprochenen Indikation operierte, war E. Randolph Peaslee in New-York im Jahre 1876.

Im Jahre 1867 wurde Peaslee von einer 24-jährigen Dame consultiert, die an heftigen molimina litt. Dieselbe zeigte einen ausgesprochenen weiblichen Charakter; Geschlechtstrieb war vorhanden. Bei der Untersuchung fand sich eine 8 cm lange, blind endende Scheide, die noch kürzer gewesen

*) Mattersdorf, Über Kastration wegen Atresie der Genitalien. Breslau 1890.

sein musste, da vorher eine Verlängerung des Kanals von einem Chirurgen auf operativem Wege angestrebt worden war. Bei der kombinierten Untersuchung von Blase und Rectum aus fühlte man beiderseits hinter der Blase einen kleinen Körper. Er deutete dieselben als Uterusrudiment. Die Tuben wurden nicht gefunden, von den Ovarien nur das rechte und dieses von normaler Grösse. Nachdem sich im Laufe der Jahre schwere hysteroepileptische Konvulsionen eingestellt hatten, entschloss sich Peaslee 1876 zur Kastration. 60 Stunden nach der Operation trat infolge von Peritonitis der Tod ein. Die Section zeigte Fehlen der oberen Hälfte der Scheide, einen rudimentären soliden Uterus, normale geschlängelte Tuben und mit zahlreichen bis erbsengrossen Cysten durchsetzte Ovarien.

Im zweiten Falle, welchen Tauffer — Über Kastration der Frauen, Budapest, 1878 — operierte, handelte es sich um eine 25jährige, $2^1/_2$ Jahr verheiratete Person, welche seit dem 15. Jahre an molimina litt, jedoch nie menstruiert hatte. Nachdem durch einen Chirurgen, welcher eine Atresie mit rudimentären Uterus diagnosticierte, eine 6 cm lange Scheide hergestellt und der Coitus möglich geworden war, steigerten sich die Beschwerden zu unerträglicher Höhe. Es kam sogar zu Symptomen von Geistesstörung. Die Scheide endigte blind. Bei der Untersuchung per rectum stiess man etwas unterhalb der Ebene des Beckeneinganges auf einen quer von rechts nach links verlaufenden, mit einem scharfen Rande nach oben gerichteten Strang. In der Mitte desselben lag ein nussgrosser, härtlicher, mit dem Scheidenblindsack membranös zusammenhängender Körper. Links in der Höhe der linea terminalis befand sich ein nussgrosser, höckriger Körper von weicher Konsistenz, der mit dem querverlaufenden Strange in mobiler Verbindung stand. An der gleichen Stelle rechts fühlte man ebenfalls einen mit dem queren Strange zusammenhängenden kleinen und wenig mobilen Körper. Bei Berührung waren diese beiden Körper schmerzhaft. Tauffer entfernte beide Ovarien, das rechte enthielt einen

hydropischen Graaf'schen Follikel. Die Operierte hatte während der drei nächsten Menstruationsperioden, während deren sie beobachtet wurde, nicht die geringsten Zeichen der früheren schweren Erscheinungen.

Den dritten Fall teilt Langenbeck mit (Referat aus der Berliner klinischen Wochenschrift 1879). Bei einer 21-jährigen Frau, welche angab, regelmässig menstruiert zu sein, bestanden heftige molimina menstrualia. Das Menstrualblut gelangte aus dem Uterus durch einen sehr feinen Kanal in die Blase und von da durch die Urethra nach aussen. Die Menstruation war sehr schmerzhaft und zuweilen mit epileptiformen Konvulsionen compliciert. Der innere Genitalapparat war nur rudimentär vorhanden, die Scheide fehlte total. Es fand sich nur eine rechtsseitige Uterushälfte mit dem dazugehörigen ligamentum latum und Ovarium. Die Operation, welche in der Exstirpation des vorhandenen Ovarium bestand, wurde mittelst Bauchschnitt gemacht. Dieselbe hatte endgiltigen Erfolg, insofern als die Kranke von den sonst monatlich auftretenden Beschwerden befreit wurde.

In dem vierten Falle, welcher von Savage im Jahre 1889 operiert wurde, — über welchen im übrigen der Bericht sehr mangelhaft ist — konnte ein Defekt der Vagina und des Uterus konstatiert werden. Die Operation, welche vom Abdomen aus vorgenommen wurde, war von Erfolg begleitet. Die Ovarien waren kleincystisch entartet.

Kleinwächter erstattet über einen von ihm selbst 1889 operierten Fall Bericht. Die 22-jährige Bauernmagd P. E. litt seit 6 Jahren an heftigen, alle 4 Wochen wiederkehrenden Unterleibsschmerzen, welche jedes Mal von Bluterbrechen begleitet gewesen sein sollen. Die Urethralmündung bildete einen vertikalen Spalt und war so weit, dass man den Finger ohne alle Mühe in die Blase einführen konnte. Unterhalb der Harnröhrenmündung befand sich ein leichtes Grübchen, welches der Vaginalmündung entsprach, und dessen Schleimhaut sich auf 3 cm einstülpen liess.

Nach Einführung zweier Finger in das Rectum fühlte man bei bimanueller Untersuchung ziemlich hoch oben etwas unter der linea terminalis einen etwa in der Mitte des Beckens querverlaufenden beiläufig federkielstarken, festen Strang, der mobil und resistent erscheint. Von der Mitte dieses Stranges setzte sich nach abwärts ein cylindrischer, kaum kleinfingerstarker, etwa 4 cm langer fester Körper fort. Der querverlaufende Strang endigte beiderseits an der Beckenwand scharf abgegrenzt in einer etwa haselnussgrossen, festen, harten Anschwellung. Rechts sowohl wie links nach aussen knapp neben der erwähnten Anschwellung fühlte man deutlich ein Ovarium. Untersuchte man von der Blase aus und gleichzeitig von Rectum, so fühlte man der ganzen Länge nach, dass Blase und Rectum unmittelbar aufeinanderstiessen und kein Scheidenrudiment da war.

Die Operation wurde vorgenommen und war erfolgreich, denn die Operierte war noch einige Monate, die sie in Beobachtung blieb, ohne Schmerzen.

Max Strauch berichtet über zwei von ihm selbst ausgeführte Kastrationen. In dem ersten Falle handelte es sich um eine 24jährige Patientin, welche periodisch an schweren molimina menstrualia litt. Dieselben erreichten mit der Zeit eine so beträchtliche Intensität, dass die Kranke zur Zeit derselben in einen tobsüchtigen Zustand verfiel. Später stellten sich vikariierende Blutungen aus Mund, Nase und Mastdarm ein. Die Untersuchung zeigte den Eingang der Scheide durch eine rötlich aussehende Schleimhaut vollständig verschlossen. Diese Schleimhaut liess sich etwa 6 cm mit dem Finger schmerzlos einstülpen. Bei der Untersuchung per Rectum und Bauchdecken fühlte man einen bleifederdicken, rundlichen, beweglichen Strang in frontaler Richtung durch das kleine Becken hinziehen. An den seitlichen Enden sind die Ovarien als wallnussgrosse Körper aufzufinden. Dieselben sind bei der Berührung schmerzhaft, und die Patientin giebt an, dass von diesem Körper jeden Monat die unerträglichsten Schmerzen ausgehen.

Die Therapie konnte nur in der Kastration bestehen. Durch dieselbe wurde Patientin definitiv geheilt. Beide Ovarien waren mit erbsengrossen Cysten durchsetzt.

Der zweite Fall betraf eine 27jährige, seit dem 20. Jahre verheiratete Person, bei welcher die Menstruation nie dagewesen war. Seit ihrer Verheiratung kränkelt die Patientin. Namentlich treten seitdem alle Monate heftige Beschwerden auf, starker Blutandrang zum Kopfe, Dunkelwerden vor den Augen, starke Gastralgie, Unbehagen im ganzen Unterleib. Die Untersuchung ergab: „Bei einer Frau mit vollkommen weiblichen Typus ist der Eingang der Scheide durch eine schleimhautähnliche Decke verschlossen. Dieser Verschluss lässt sich mit dem Finger 5 cm weit schmerzlos einstülpen. Per rectum und Bauchdecken palpiert man in der Mittellinie einen knorpelharten Körper von der Grösse einer Mandel mit dem Längsdurchmesser vertikal gestellt. Vom oberen Ende des Körpers biegen zwei weiche Stränge ab, die nach rechts und links gehend fast bis zur linea innominata zu verfolgen sind. Daselbst fühlt man links deutlich das Ovarium, das rechte Ovarium ist nur undeutlich zu fühlen. Die Operation, welche sonst einen völlig normalen Verlauf nahm, hinterliess eine schwere Magenneurose. Molimina menstrualia, wie sie vor der Operation bestanden, sind nicht mehr aufgetreten. Die Ovarien zeigten einzelne erbsengrosse Cysten.

Strauch führt im Anschluss an diese Fälle noch einen von Martin operierten an. Über denselben finden wir kurze Notizen einmal in Martins Lehrbuch, dann in dessen Aufsatz „Kastration der Frauen“, welcher in Eulenburgs Realencyklopädie aufgenommen wurde. Sicher sind beide Angaben auf denselben Fall zu beziehen. Dort heisst es: „Die Patientin war unverheiratet, nicht menstruiert. Seit dem 21. Jahre bestanden menstruale Molimina, die sich rasch steigerten und die Kastration der stark schwellenden und jedesmal heftige Beschwerden machenden Ovarien nötig machten. Diese Schmerzen sind vollständig beseitigt, doch

führt Patientin, die, wie so viele ihrer Leidensgenossinen, phthisisch ist, ein kümmerliches Dasein.

Wir fügen hieran einen weiteren Fall Martin's — Mattersdorf hat ihn nicht berücksichtigt — welcher hierhergehört, obwohl Martin selbst denselben unter der Gruppe der Atresieen, bei denen es zu Blutansammlungen kommt, bringt. Martin betont aber doch, dass die durch ausgedehnte diphtheritische Prozesse zerstörten Genitalien der jugendlichen Person nicht mehr menstruationsfähig waren, trotzdem die Ovarien in normaler Weise functionierten, dass also nicht die verhinderte Excretion der Menses die causa morbi war, sondern die verhinterde Sekretion. Der Fall entspricht also der oben besprochenen dritten Indikation Hegar's für die Kastration. Die in regelmässigen Intervallen unter heftigen Schmerzen anschwellenden Ovarien bedingten schliesslich völlige Arbeitsunfähigkeit. Nach Exstirpation der an sich normalen Eierstöcke ist die Patientin von ihren Leiden befreit und vollständig arbeitsfähig. Über diesen Fall ist ebenfalls in der Realencyklopädie Eulenburgs allerdings ganz kurz berichtet worden.

Über den folgenden Fall, den letzten, welchen Mattersdorf anführt, berichtet Düvelius (Centralblatt für Gynäkologie 1889 Nro. IX). Das 19jährige junge Mädchen war nie nenstruiert gewesen und gab an, dass seit dem 15. Jahre sich alle 4 Wochen mehrere Tage andauernde Kopfschmerzen einstellten. Im Laufe der Jahre wurden die Intervalle kürzer und die Kopfschmerzen in den letzten Monaten unter Hinzutreten von Kreuzschmerzen beständig andauernd. Befund bei der Untersuchung: Verschluss der äusseren Genitalien, Fehlen der Vagina. Beide Ovarien sind in normaler Grösse vorhanden. Medianwärts von denselben je eine haselnussgrosse, harte Anschwellung, zwischen denen ein Zusammenhang sich nicht nachweisen lässt.

Operation und Rekonvalescenz glatt. Die Kranke ist seit dem Tage der Operation ohne Beschwerden. Im Präparat normalgrosse Ovarien mit zahlreichen Narben und einem

frischen corpus luteum, normale Tuben, deren jede von einem soliden, muskulösen, hasselnussgrossen Knoten ausgeht.

Uns ist es nun gelungen, ausser dem bereits erwähnten zweiten Falle von Martin, in der Literatur noch einige Fälle, bei denen die Kastration auf diese Indikation hin unternommen wurde, aufzufinden und sind nun imstande, und das ist von nicht zu unterschätzendem Werte, da die Zahl der in dies Gebiet gehörigen Kastrationen eine noch sehr geringe ist, das kasuistische Material zu vermehren.

J. Marion Sims veröffentlichte (im Brit. med. Journ. Dec. 1877) folgenden Fall. Die 34-jährige Patientin war 1 mal vor 14 Jahren von einem toten Kinde entbunden Infolge schwerer Zangenoperation vollständige Scheidenatresie, wegen welcher mehrere Operationen erfolglos ausgeführt wurden; sehr heftige molimina menstrualia. Bauchschnitt. Beide Ovarien normal gross, adhärent. Im linken ein frisch geplatzter Graaf'scher Follikel. Vollständige Heilung.

Welponer beschreibt (Wiener medizinische Wochenschrift XXIX, 1879) folgenden Fall. Die 36-jährige Patientin hatte nie menstruiert. Sie litt hier und da an Wallungen zum Kopf und an Mattigkeit. Im 20. Jahre stellten sich epileptiforme Anfälle ein während der ersten 6 Wochen täglich, später 15 Jahre lang typisch alle 4 Wochen, in den letzten Monaten alle 3 Wochen. Seit 10 Jahren geringer fluor. Verschiedene Kuren mit inneren Mitteln, Sondierung des Uterus, Dilatation des Cervikalkanales riefen weder Menstruation hervor noch beseitigten sie die Anfälle. Der Uterus war klein, dünnwandig, schwach anteflectiert, die Sonde drang 6 cm ein. Ovarien normal liegend. Heftige klonische Krämpfe des Körpers, Verlust des Bewusstseins und der Reflexerregbarkeit.

Operation typisch. Die Ovarien zeigten eine glatte Oberfläche mit leichten Einkerbungen und kleinen Cysten. 5 Monate später noch keine Anfälle wieder. Geschlechtstrieb erhalten.

Dr. Brugisser berichtet (Schweiz. Cor. Bl. X. 8. 1880) über eine 21 J. alte, unverheiratete Patientin, die nie

menstruiert war. Dieselbe litt seit $^1/_2$ Jahr regelmässig 4-wöchentlich an entsetzlichen Schmerzen im Unterleibe, welche vom Kreuze in die beiden Seiten über den Schoossbogen und von da in die Oberschenkel und beide Brüste ausstrahlten. Jede Therapie erwies sich als fruchtlos. Der Uterus war infantil, das rechte Ovarium vergrössert. Bauchschnitt. Beide Ovarien wurden entfernt. Vollständige Herstellung mit Beseitigung aller Beschwerden. Die Ovarien zeigten kleincystische Degeneration.

Ferner weiss Hofmeier in seinem „Grundriss der gynäkologischen Operationen“ über 2 Fälle zu berichten. Den einen erwähnt er nur ganz kurz: „Schröder operierte einmal wegen einer Bildungsanomalie uterus unicornis rudimentarius“.

Den zweiten Fall hat er selbst operiert und zwar handelte es sich um einen erworbenen Zustand. Die Gebärmutter war normal vorhanden gewesen und hatte regelmässig menstruiert, war aber, nachdem schwere nekrotische Processe im Wochenbett die ganzen inneren Schichten des Uterus ausgestossen hatten, zu einem kleinen, soliden Rudiment zusammengeschrumpft. Die Kranke wurde durch die hochgradigsten dysmennorrhoischen Schmerzen gequält. Da es von vornherein unmöglich erschien, diese ausgedehnte Atresie und schwere Veränderung des Uterus selbst operativ zu entfernen, entschloss man sich zu Exstirpation beider Ovarien, nachdem die jahrelangen quälendsten Beschwerden den Allgemeinzustand der Kranken wesentlich beeinträchtigt hatten. Die Operation verlief normal und hatte ein befriedigendes Resultat.

Einen weiteren Fall berichtet A. Hempel. (Über Indikation zur Kastration der Frauen. Inaug.-Dissert. Göttingen, 1885). Bei der Patientin traten alle 5—7 Wochen sehr heftige Unterleibsschmerzen von ungefähr 8-tägiger Dauer auf. Blutabgang ist nie bemerkt, dagegen häufig Erbrechen mit Stuhl- und Harndrang. In der Zwischenzeit hatte sie keine Beschwerden. Die äusseren

Genitalien waren wenig entwickelt, besonders klein ist das linke labium minus. Die Scheide ist kurz, der Muttermnd nicht zu fühlen. Etwas über dem Scheidengrund fühlte man von der Mitte nach links oben einen cylindrischen Körper, kaum fingerdick, abgehen. Derselbe erscheint birnförmig von vorn nach hinten abgeplattet. Ziemlich median verläuft scheinbar mit dem linken zusammenhängend ein erheblich dünnerer Strang. Berührung beider ist schmerzhaft. In Narkose lässt sich deutlich ein als kleiner Uterus erscheinender links gelegener, aber frei beweglicher Körper erkennen. Im Scheidengrund ist eine Delle, vermutlich die Narbe eines Operationsversuches.

Das rechte Ovarium wird bei der Operation nicht gefunden; der Stiel des linken Ovarium, das sich nur wenig vorziehen lässt, wird in drei Partieen abgebunden, das Ovarium abgeschnitten. Wegen der Kürze des Stieles mussten geringe Reste des Ovarium zurückgelassen werden; dieselben wurden mit dem Pacquelin zerstört. Wundverlauf normal. 2 Monate schmerzfrei. Dann 10-tägiger Schmerzanfall. Schmerzen in der linken Unterbauchgegend lokalisiert. Von da an 4-wöchentliche Schmerzanfälle von mehr oder weniger langer Dauer, die jedoch in den letzten Monaten seltener und kürzer werden.

In der Dissertation „Beiträge zu den Anzeigen der Kastration“ von Straehl, Basel 1888 fand sich folgender Fall. Eine 24-jährige ledige Person, welche nie menstruirt hatte, litt seit dem 19. Jahre an molimina menstrualia, die in unregelmässigen Intervallen auftraten und immer häufiger und heftiger wurden. Die Untersuchung ergab bei dem kräftigen, blühenden Mädchen gut entwickelte äussere Geschlechtsteile. Die Scheide endigte 2 cm über dem introitus blind. Seitlich an der Beckenwand sind zwei ovoide harte Körper, von höckriger Oberfläche fühlbar, zwischen denen sich eine strangförmige Masse quer hindurchzieht. Dieselben werden für Ovarien gehalten. Scheide und Uterus fehlen.

Bei der Operation entpuppen sich die beiden als Ovarien gedeuteten ovoiden Körper als rudimentäre Uterushörner. Die Ovarien befinden sich dahinter und sind leicht zu entfernen. Die Patientin wurde vollständig von ihren Beschwerden geheilt.

Weiter berichtet Warneck (Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie, XVII. 1889.) über einen hierhergehörigen Fall. Die betreffende Patientin war bis zu ihrem 20. Jahre geschlechtsunreif und ohne Beschwerden. Erst im Anschluss an die Cohabitation stellten sich molimina menstrualia ein. Die Ausübung des Coitus verursachte wehenartige Schmerzen, welche mit der Zeit an Intensität beträchtlich zunahmen. Im letzten Jahre — drei Jahre nach ihrer Verheiratung — trat dreimal eine Hypersekretion der Vaginalschleimhaut von 2-tägiger Dauer ein, welche von der Patientin als vikariierende Menstruation gedeutet wurde. Die Patientin zeigt vollständig weiblichen habitus, die äusseren Genitalien sind normal, die Scheide ist $2^1/_2$ cm breit und $4^1/_2$ cm lang und endigt blind. Bei der Untersuchung vom Rectum aus fühlt man einen sich in der Mittellinie befindlichen, querovalen, nicht empfindlichen Körper von glatter Oberfläche, von dem aus nach rechts hin ein ziemlich dicker Strang abgeht, der mit einem empfindlichen Tumor zusammenhängt. Nach links verläuft auch ein Strang, doch ist ein Tumor an demselben nicht zu konstatieren. Von dem querovalen Körper nach der Scheide hin fühlt man keinen Strang. Die Diagnose wurde gestellt auf Hemmungsbildung des Uterus bei vorhandenem rechten Ovarium. Die rechte Keimdrüse, an welcher eine Perioophoritis und cystische Degeneration der Follikel konstatiert werden konnte, wurde exstirpiert. Die Operation war von durchschlagendem Erfolg.

Frommel führt in der Münchener medizinischen Wochenschrift folgenden von ihm selbst operierten Fall an: Elise B. 20 Jahre alt, stets gesund, aber noch nie menstruiert, leidet seit 3 Jahren an kolikartigen Schmerzen im Unterleibe, welche von Jahr zu Jahr nicht nur an Intensität, sondern

auch in ihrer Dauer so erheblich zugenommen haben, dass sie in letzter Zeit alle 4 Wochen mehrere Tage infolge der Schmerzen arbeitsunfähig war.

Die äusseren Genitalien sind normal entwickelt. Dicht hinter dem leicht gefalteten Hymen ist eine Hautpartie zu sehen, welche der äusseren Bedeckung völlig identisch erscheint und das äussere Scheidenlumen begrenzt. Bei der in Narkose vorgenommenen kombinierten Untersuchung per rectum ergab sich folgender Befund: Von einer Scheide oder einem derselben entsprechenden strangartigen Gebilde ist absolut nichts nachzuweisen. Dagegen lässt sich etwa in der Mitte des Beckens ein kleiner anscheinend rundlicher und ziemlich beweglicher, derber Körper ungefähr welschnussgross nachweisen, von welchem nach rechts und links ein deutlich nachweisbarer dünner Strang zu verfolgen ist. An den Endpunkten befinden sich mandelförmige, derbe, bewegliche Körper ohne jede Schwierigkeit fühlbar, welche den Ovarien zu entsprechen scheinen.

Frommel exstirpierte den in der Mitte befindlichen Körper sammt seinen Anhängen, den Ovarien. Verlauf glatt. Entlassung nach 3 Wochen. Der exstirpierte Körper bestand aus typischen Uterusgewebe und hatte im oberen Teile eine erbsengrosse Höhle mit drüsenreicher Uterusschleimhaut. Die Ovarien waren normal.

Den letzten Fall fanden wir im Nordiskt Medicinskt Arkiv, Bd. XXIII, 2; veröffentlicht von Oscar Bloch*). Die Patientin, 30 Jahr alt, unverheiratet, litt seit dem 14. Jahre regelmässig vierwöchentlich an Schmerzen im Unterleibe, die in die Lenden und Schenkel ausstrahlten und $^1/_2$—1 Tag anhielten. Blut oder Flüssigkeit war niemals von der Scheide abgegangen. Harnröhre war sehr dilatiert. Eine weiche muskulöse Haut, die sich leicht einstülpen liess, verschloss

*) Om Fjärnelsen af functionerende Ovarier ved rudimentär Udvikling af de Müllerske Gange. Meddelelse fra det. Kgl. Frederiks Hospitals kirurgiske Afd. C. i. Köbenhavn. Af. Overkirurg Oscar Bloch.

die 3—4 cm lange Scheide. Bei der kombinierten Untersuchung vom Rectum aus entdeckte man einen länglichen ovoiden Körper, der sich schräg von unten links nach oben rechts erstreckt; die Stelle zwischen Tumor und dem Scheidenrudiment ist unvollständig entwickelt und durch hartes Gewebe gebildet. Da die Schmerzen sehr stark wurden, wurde eine Operation von der Scheide her gemacht, wodurch dieselbe auf 8 cm verlängert wurde. Es entleerte sich dabei eine kleine Menge dunklen Blutes, aber nicht theerfarben. In den folgenden Tagen war von einem Tumor oder einer Blutansammlung nichts zu merken 6 Monate schmerzfrei und ohne Beschwerden. Dann jedoch kehrten die Schmerzen in unregelmässigen Intervallen und verschiedener Dauer wieder und wurden so heftig, dass man sich zur Exstirpation der Ovarien veranlasst sah. Dieselben zeigten cystische Degeneration.

Die Reihe der Erfahrungen, wie sie mir durch die Literatur zur Verfügung stehen, kann ich durch einen sehr characteristischen Fall der hiesigen Klinik erweitern. Ich danke dies der Güte des Direktors, des Herrn Geheimrat Kaltenbach, welcher seine Erfahrungen zu diesem Zwecke in liebenswürdigster Weise zur Verfügung stellte.

Anna W., 18 Jahr alt, noch nicht menstruiert, litt seit dem 17. Jahre beständig an Schmerzen im Unterleibe, besonders in der Magengegend. Diese Beschwerden erfahren 4 wöchentlich regelmässig eine Steigerung. Zeitweilig treten auch Schmerzen im Kreuz auf.

Äussere Untersuchung: Gesund aussehendes, junges Mädchen. Mammae wohlentwickelt. Äussere Genitalien normal gebildet. 1 cm rückwärts von der Klitoris präsentiert sich die auffallend weite Öffnung der Harnröhre. Zwischen dieser und der hinteren Kommissur liegt ein ovales Gebilde, welches einem Hymen ähnlich ist und einen gefransten Saum darbietet. Durch die kleine Öffnung desselben gelangt man in eine ganz seichte Bucht, hinter welcher die Scheide vollkommen verschlossen ist.

Innere Untersuchung per rectum: Entsprechend der Lage der Scheide fühlt man einen sehr dünnen, platten Gewebsstrang der median im Kleinbecken von unten nach oben verläuft. Nahe dem Beckeneingange verdickt sich dieser Strang zu einem platten, festeren Körper von ungefähr 2 cm Länge; nach oben biegt dieser Körper in flachere nach der Seite sich umbiegende Stränge um, an deren lateralen Rande beiderseits besonders deutlich rechts ein halbbohnengrosser beweglicher Körper zu fühlen ist.

Bei der Kastration werden beide Ovarien nebst Tuben typisch entfernt. Linkes Ovarium kleiner und sehr weit lateral dislociert. Uterus exquisit bicornis. Die Y-förmigen von kurzen knöpfchenartigen Stamme ausgehenden bandartigen und anscheinend soliden Hörner gehen erst weit lateral in die (später durch Sondierung als hohl festgestellten) Tuben über.

Peritoneum fortlaufend mit Katgut, Bauchwunde mit Seidenknopfnähten geschlossen. Dauer 20 Minuten.

Die Ovarien zeigten einige cystisch entartete Follikel. Wundverlauf glatt. Vollkommene Heilung.

Was wir theoretisch gefolgert, wird durch die zusammengestellten 21 Beobachtungen vollauf bestätigt. Zwar sind wir nicht bei jedem Falle über alle Einzelheiten unterrichtet, über mehrere haben wir ja nur kurze Notizen gefunden; doch können wir auch ohne die letzteren für jede einzelne Voraussetzung, für jede einzelne Ankündigung mehrfachen Beleg finden. Es handelt sich in allen Fällen um rudimentäre Entwicklung des Genitalapparates oder eine derartige pathologische Veränderung, eine derartige Verkümmerung durch destruierende Processe, dass von einer menstruellen Blutung keine Rede mehr sein konnte. Wir finden weiter bestätigt, dass bei jeder rudimentären Entwicklung der Gebärmutter bei functionierenden Ovarien auch die Scheide zum Teil oder ganz fehlt. Alle die begleitenden Zustände dieser Bildungshemmung, welche wir näher besprochen haben, können wir durch die Mehrzahl der Fälle bestätigen. Eines müssen wir noch hin-

zufügen, dass fast alle Operateure von einer kleincystösen Degeneration der Ovarien sprechen, und wir glauben entschieden, die Frage ist nicht kurz von der Hand zu weisen, dass dieselbe als eine Teilerscheinung der rudimentären Entwicklung der inneren Sexualorgane anzusehen ist, insofern die einzelnen Follikel nicht zu vollständiger Reife und typischer Berstung gelangen.

Nur schwere Erscheinungen, die heftigsten Schmerzen, hysteroepileptische Konvulsionen, zeitweilige Geistesstörungen liessen in dieser eingreifenden Operation die einzige Möglichkeit, das Leiden zu heben, erkennen.

Dass mit dem Versuche künstlich eine Scheide anzulegen bei derartigen Entwicklungsstörungen nichts zu erreichen ist, dafür bieten mehrere negative Resultate den besten Beweis, ja durch derartige Manipulationen wurde nur eine beträchtliche Steigerung der Beschwerden herbeigeführt.

Den kühnen Gedanken Hegar's die Kastration als ultimum refugium, das einzige, aber ein gar zuversichtliches refugium, in solchen Fällen aufzustellen, konnten die heftigsten Angriffe nicht niederkämpfen. Er brach sich Bahn, denn die Grundlage war zwar nur theoretisch aber desto fester gegründet. 19 unserer Fälle sichern dieser Theorie die Berechtigung der Praxis. Die Erwartungen sind voll erfüllt, die Resulate äusserst zufriedenstellend. Nur eine Operation, es war dazu die erste, welche überhaupt ausgeführt wurde, verlief letal infolge von Peritonitis; der Misserfolg kann aber ebensowenig, wie er für die Sache spricht, zu einem absprechenden Urteil berechtigen. Als ein Misserfolg ist allerdings auch das Resultat zu verzeichnen, welches Strauch in seinem zweiten Falle erzielt hatte. Während die Patientin von den Erscheinungen, welche vor der Operation in quälender Weise auftraten, befreit wurde, trat als Komplikation eine schwere Magenneurose auf.

Ferner entsprach der Fall von Hempel nicht den gehegten Erwartungen, und bemerkt der Berichterstatter selbst hierzu: „Die Erfolglosigkeit der Operation lässt sich

in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Zurückbleiben eines Restes keimfähigen Ovarialgewebes zurückführen, welches, wie oben erwähnt, wegen Kürze des Stieles zurückgelassen wurde". Doch setzt er hinzu: „In den letzten Monaten sind die Anfälle seltener und kürzer gewesen, und es ist immerhin möglich, dass sich der Erfolg erst allmählich einstellt".

Es liegt ausser allem Zweifel, dass der Vorschlag Hegar's bei Zuständen, welche die Sekretion der Menses unmöglich machen bei functionierenden Ovarien die Keimdrüsen zu entfernen, nicht nur vollberechtigt, sondern als das einzige rationelle Verfahren anzuerkennen ist, sobald die Beschwerden einen hohen Grad erreicht haben.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kaltenbach für die gütige Überlassung des Materials und für freundliche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser, Adalbert Vetter, katholischer Konfession, wurde am 23. November 1865 als Sohn des 1880 verstorbenen praktischen Arztes Dr. med. Ferdinand Vetter zu Jützenbach, Kreis Worbis, geboren. Bis zum 10. Jahre besuchte er die Volksschule seiner Heimat und wurde im Herbst 1876 auf dem Gymnasium Josephinum zu Hildesheim aufgenommen. Ostern 1884 vertauschte er dieses Gymnasium mit dem Gymnasium zu Arnsberg, welches er mit dem Zeugnis der Reife Ostern 1886 verliess, um sich an der Universität Halle dem Studium der Medizin zu widmen. Während des Wintersemesters 1888/89 genügte er in Halle der Militärpflicht und absolvierte zu Beginn des folgenden Semesters das tentamen physicum. Im Wintersemester 1889/90 war es ihm vergönnt in der Klinik des Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Weber 6 Monate, im folgenden Sommersemester in der Klinik des Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Kaltenbach 3 Monate als Volontair thätig zu sein. Seit Mitte Juni d. J. befindet sich Verfasser in der ärztlichen Staatsprüfung. Das tentamen rigorosum bestand er am 23. November 1891.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Ackermann, Bernstein, v. Bramann, Bunge, Eberth, Eisler, Graefe, Harnack, v. Herff, Hessler, Hitzig, Kaltenbach, Kohlschütter, Kraus, Krause, Küssner, Oberst, Pott, Renk, Schwarz, Schwartze, Seeligmüller, Volhard, v. Volkmann †, Weber, Welcker.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle den aufrichtigsten Dank aus, insbesondere aber dem Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Weber und dem Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Kaltenbach, an deren Kliniken ihm in besonderer Stellung zu arbeiten vergönnt war.

Thesen.

I.

Bei Zuständen des Uterus, welche das Zustandekommen der menstruellen Ausscheidungen unmöglich machen oder äusserst erschweren, während die Eierstöcke vorhanden sind und functionieren, ist die Kastration indiciert.

II.

Die Punction bei Ascites ist nicht erst als indicatio vitalis vorzunehmen.

III.

Die subcutane Morphiuminjection kann in vielen Fällen mit Vorteil durch eine subcutane Antipyrininjection ersetzt werden.